

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΘΟΡΙΣΜΟ ΠΟΣΟΣΤΟΥ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Για τον καθορισμό ποσοστού αναπηρίας θα πρέπει να απευθυνθείτε στο Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕ.Π.Α.).

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

- Αστυνομική ταυτότητα ή διαβατήριο.
- Βιβλιάριο ασθενείας του φορέα ασφάλισης. (ισχύει μόνον για ασφαλισμένους)
- Αριθμό ΑΜΚΑ ή κάρτα ευρωπαϊού ασφαλισμένου.
- Παραπεμπτικό του φορέα ασφάλισης του ασφαλισμένου για εξέταση από υγειονομική επιτροπή του ΚΕ.Π.Α. ή αν δεν έχει ασφαλιστικό φορέα παραστατικό εισπραξης αξίας 46,14 ευρώ από τις Οικονομικές Υπηρεσίες του υποκαταστήματος ΙΚΑ-ΕΤΑΜ όπου γίνεται η κατάθεση της αίτησης για εξέταση από την υγειονομική επιτροπή του ΚΕ.Π.Α.
- Ο αιτών καταθέτει στην γραμματεία ΚΕ.Π.Α εκτός από τα παραπάνω και τα απαραίτητα ιατρικά στοιχεία. Τα ιατρικά στοιχεία περιλαμβάνουν: Αναλυτική ιατρική έκθεση του παραπέμποντος ιατρού με επικυρωμένο το γνήσιο της υπογραφής του. Η ιατρική αυτή έκθεση θα είναι απολύτως στοιχειοθετημένη και θα παραπέμπει σε εργαστηριακά δεδομένα (ακτινογραφίες με τα πορίσματα τους, αξονικές τομογραφίες, MRI, βιοψίες, ΗΜΓ, triplex, ΗΚΓ, κλπ) τα οποία θα είναι πρωτότυπα ή ακριβή αντίγραφα με βεβαιωμένη την γνησιότητα του φωτοαντιγράφου από Δημόσια αρχή και η διενέργεια τους θα είναι πρόσφατη και όχι παλαιότερη του τετραμήνου.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Τα παραπάνω στοιχεία ελέγχονται από τον γιατρό που διενεργεί τον προέλεγχο και εφ' όσον διαπιστωθεί πως είναι πλήρη, καταχωρείται η αίτηση και χορηγείται βεβαίωση στον καταθέτοντα στην οποία αναγράφονται και τα ιατρικά πιστοποιητικά που προσκομίσθηκαν κατά την κατάθεση. Σε περίπτωση που διαπιστωθεί πως δεν είναι πλήρη τα απαραίτητα στοιχεία, θα επιστρέφονται στον ενδιαφερόμενο και θα του υποδεικνύεται εγγράφως από την γραμματεία του ΚΕ.Π.Α. και τον γιατρό

προελέγχου τι πιστοποιητικά ή άλλα στοιχεία πρέπει να προσκομίσει προκειμένου να γίνει η καταχώρηση της αίτησης.

Εφ' όσον καταχωρηθεί η αίτηση ο ενδιαφερόμενος θα λάβει σε σύντομο χρονικό διάστημα ειδοποιητήριο για την ημερομηνία και ώρα αλλά και τον τόπο διεξαγωγής της συνεδρίασης της υγειονομικής επιτροπής στην οποία θα γίνει η αξιολόγηση της περίπτωσης του και θα εκδοθεί η σχετική Γνωμάτευση.

Σε καμία περίπτωση δεν θα γίνονται δεκτά συμπληρωματικά στοιχεία του ιατρικού φακέλου κατά την ώρα της συνεδρίασης της υγειονομικής επιτροπής. Σε περίπτωση που προσκομίζονται στοιχεία από τον εξεταζόμενο κατά την στιγμή της συνεδρίασης της επιτροπής θα συμπληρώνεται γνωμάτευση αναπομπής της περίπτωσης αναφέροντας στο σκεπτικό τον λόγο της αναπομπής και θα παραπέμπεται στην γραμματεία προκειμένου να καταθέσει και τα νέα στοιχεία και να ορισθεί νέα ημερομηνία εξέτασης. Παρόμοια διαδικασία ισχύει αν ο ενδιαφερόμενος θελήσει να υποβάλλει και άλλα ιατρικά πιστοποιητικά αφού έχει ορισθεί η ημερομηνία εξέτασης του από την υγειονομική επιτροπή στην περίπτωση αυτή η εξέταση αναβάλλεται γίνεται η κατάθεση των νέων στοιχείων σύμφωνα με την διαδικασία που αναφέρθηκε προηγουμένως και ορίζεται νέα ημερομηνία.

Το ΚΕ.Π.Α. θα χορηγεί γνωματεύσεις Α/θμιας Υγειονομικής Επιτροπής για κάθε νόμιμη χρήση, όπου θα πιστοποιείται η πάθηση, το ποσοστό αναπηρίας καθώς και η χρονική διάρκεια της Γνωμάτευσης. Για όσο χρόνο διαρκεί η Γνωμάτευση θα μπορείτε να ζητάτε από την Γραμματεία του ΚΕ.Π.Α. αντίγραφα της.

Στην Γνωμάτευση της υγειονομικής Επιτροπής μπορεί να κατατεθεί προσφυγή στην ΒΥΕ από τον ενδιαφερόμενο εντός (10) Δέκα ημερών από την ημερομηνία της κοινοποίησής της Γνωμάτευσης. Για να εξετασθεί υποβληθείσα ένσταση θα πρέπει να συντρέχουν σοβαροί και στοιχειοθετημένοι λόγοι που θα αναφέρονται στο κείμενο της προσφυγής. Συνεπώς η υποβολή προσφυγής στην γνωμάτευση της υγειονομικής επιτροπής από τον ενδιαφερόμενο θα πρέπει να συνοδεύεται από έκθεση στην οποία θα αναφέρονται με σαφήνεια οι λόγοι για τους οποίους η εκδοθείσα από την Υγειονομική επιτροπή Γνωμάτευση δεν είναι τεκμηριωμένη ή σύννομη ή άλλο και πρέπει να εξετασθεί εκ νέου στην Β' θμια Υγειονομική επιτροπή. Το έντυπο υποβολής προσφυγής θα χορηγείται στις γραμματείες ΚΕ.Π.Α.

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

- Παλαιότερης χρονολογίας εργαστηριακές εξετάσεις των οποίων τα στοιχεία κρίνεται πως θα συμβάλλουν στην ορθή κρίση της επιτροπής, (π.χ. βιοψίες) γίνονται επίσης δεκτές.
- Ο παραπέμπων, ως θεράπων ιατρός θα πρέπει να αναφέρει την φαρμακευτική ή άλλη αγωγή στην οποία τυχόν υποβάλλεται ο ασθενής, αλλά και κάθε άλλη τυχόν συνυπάρχουσα πάθηση που γνωρίζει από το ιστορικό του ασθενή του και την αγωγή που ακολουθείται για αυτές τις παθήσεις και που θα στοιχειοθετούνται από συνημμένες ιατρικές γνωματεύσεις οι οποίες επίσης θα φέρουν πλήρη τα στοιχεία των υπογραφόντων ιατρών.
- Τα ακριβή στοιχεία του παραπέμποντος ιατρού θα αναφέρονται αναλυτικά στο τέλος της ιατρικής έκθεσης δηλαδή ονοματεπώνυμο ιατρού, ΤΣΑΥ, Α.Μ.Κ.Α., Ιατρικό Σύλλογο, Ειδικότητα, Φορέα εργασίας ιατρού (ιδιώτης, Ε.Σ.Υ., ΙΚΑ, ΕΟΠΠΥ) τηλέφωνο, φαξ, e-mail και εάν πρόκειται για ασθενή που έχει νοσηλευθεί, τον αριθμό του εξιτηρίου νοσηλείας κλινικής ή νοσοκομείου.
- Οι ασθενείς που δεν μπορούν να μετακινηθούν εξ αιτίας σοβαρών κινητικών ή άλλων προβλημάτων καταθέτουν με μέριμνα άλλου ατόμου του περιβάλλοντος τους τα απαραίτητα δικαιολογητικά που απαιτούνται, και εκτός των προαναφερομένων θα προσκομίζουν και Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/86 με επικυρωμένο το γνήσιο της υπογραφής του βεβαιώσαντος ιατρού για τους λόγους που καθιστούν αδύνατη την μετακίνηση του προς εξέταση ασθενούς και αξιολογούνται από τις Υγειονομικές επιτροπές του ΚΕ.Π.Α. με διαδικασία που θα ορίζεται από την Διεύθυνση Αναπηρίας και που θα είναι εξατομικευμένη για την κάθε περίπτωση που θα εγγυάται τον σεβασμό στον πολίτη αφ' ενός και αφ' ετέρου την αξιοπιστία του αποτελέσματος. Τα στοιχεία του εκπροσώπου που καταθέτει την αίτηση θα καταγράφονται στο έντυπο της αίτησης κατά την κατάθεση της.

Χρήσιμα link: www.ika.gr/gr/infopages/kepa/home.cfm

Παρακάτω θα βρείτε:

- Αίτηση Αξιολόγησης Αναπηρίας

- Οδηγίες συμπλήρωσης αίτησης
- Διευθύνσεις ΚΕΠΑ

ΑΙΤΗΣΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Α.Μ ΚΕΠΑ				ΚΕ.Π.Α ⁽¹⁾						
Ημερομηνία: / /										
Κατηγορία Αιτήματος	1)	2)	3)	Σχόλια:						
Ημερ/νία Κατάθ. Αίτησης στον Φορέα: ... / ... / 201.. ^(*)			Ημ/νία Λήξης Παροχής (παρατάσεις) ... / ... / 201.. ^(*)							
ΑΜΚΑ:		ΑΦΜ:		ΔΟΥ:						
Φορέας Ασφάλισης: ^(*)			Αριθμός Μητρώου Φορέα: ^(*)							
Επώνυμο:			Όνομα:							
Πατρώνυμο:			Μητρώνυμο:							
Ημ/νία Γέννησης: .. / ... /		☎		Κινητό:						
Αρ. Ταυτότητας ή Διαβατηρίου:			Ημ/νία Έκδοσης: ... / ... /							
Εκδούσα Αρχή:			Υπηκοότητα:							
Δ/ση Κατοικίας:										
Οδός:		Αριθ.	Πόλη:	Τ.Κ						
Τελευταίο Επάγγελμα / Ειδικότητα:										
Οικογενειακή Κατάσταση (σημειώστε με X)	Άγαμος/η	<input type="checkbox"/>	Σχέση με Φορέα Ασφάλισης (σημειώστε με X)	Άμεση:	<input type="checkbox"/>					
	Έγγαμος/η	<input type="checkbox"/>		Έμμεση:	<input type="checkbox"/>					
	Χήρος/α	<input type="checkbox"/>		Ανασφάλιστος:	<input type="checkbox"/>					
	Διαζευγμένος/η	<input type="checkbox"/>								
Επίπεδο Σπουδών: (σημειώστε με X)	Υποχρεωτική	<input type="checkbox"/>	Μέση	<input type="checkbox"/>	Ανώτερη	<input type="checkbox"/>	Ανώτατη	<input type="checkbox"/>	ΙΕΚ	<input type="checkbox"/>
ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ		<input type="checkbox"/>	ΝΑΙ		^(*)					
ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΞΕΤΑΣΗΣ:			ΚΕ.Π.Α ⁽²⁾							
<small>(Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία)</small>										
Διεύθυνση Εξέτασης:										
Υπογραφή Εξεταζομένου:										
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ		Φυσικό Πρόσωπο		<input type="checkbox"/>	Δικηγόρος					
<small>(Σημειώστε με X)</small>										
Επώνυμο:			Όνομα:							
Τηλέφωνο:			Αρ. Ταυτότητας/Διαβατηρίου:							
Αρ. Πληρεξουσίου / Επιτροπικού:			Λήξη:							
Υπογραφή Εκπροσώπου:										

^(*) Το πεδίο συμπληρώνεται εφόσον απαιτείται

Συνημμένα:

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

(συμπληρώνεται από τον αιτούντα ή τον εκπρόσωπό του)

ΑΜ ΚΕ.Π.Α. : Δε συμπληρώνεται το πεδίο αν υποβάλλεται για πρώτη φορά αίτηση σε ΚΕ.Π.Α. Μετά την υποβολή της αίτησης και της ηλεκτρονικής καταχώρησής της από την υπηρεσία, αποδίδεται κωδικός ΚΕ.Π.Α. ο οποίος θα πρέπει να αναγράφεται στις επόμενες αιτήσεις.

ΚΕ.Π.Α. (1): Συμπληρώνεται το σημείο ΚΕ.Π.Α. που υποβάλλεται η Αίτηση Αξιολόγησης (**συνημμένος πίνακας σημείων ΚΕ.Π.Α.**).

Ημερομηνία: Συμπληρώνεται η ημερομηνία υποβολής της Αίτησης Αξιολόγησης Αναπηρίας.

Κατηγορία Αιτήματος: Συμπληρώνεται με κωδικό η αιτία για την οποία υποβάλλεται η αίτηση αξιολόγησης. Στα αντίστοιχα πεδία σημειώνονται μέχρι τρεις κωδικοί θεμάτων. (**συνημμένος πίνακας κατηγορίας αιτημάτων**). Τυχόν επιπλέον κωδικός θέματος σημειώνεται στο πεδίο **Σχόλια**.

Ημερομηνία Κατάθ. Αίτησης στο Φορέα: Συμπληρώνεται **υποχρεωτικά** η ημερ/νία που κατατέθηκε η αίτηση παροχής στο φορέα ασφάλισης (πχ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ, κλπ) και η οποία αναφέρεται και επί του παραπεμπτικού του Φορέα Ασφάλισης με το οποίο παραπέμπεται ο ασφαλισμένος στην Υγειονομική Επιτροπή ΚΕ.Π.Α. Εφόσον ο αιτών είναι ανασφάλιστος το πεδίο δε συμπληρώνεται.

Ημ/νία Λήξης Παροχής (παρατάσεις): Συμπληρώνεται **υποχρεωτικά** στην περίπτωση που ο ασφαλισμένος αιτείται παράταση της παροχής, με την τελευταία ημερομηνία παράτασής της (αναγράφεται στην τελευταία απόφαση παροχής). Όταν πρόκειται για παράταση προνοιακού επιδόματος αναγράφεται η ημερομηνία λήξης που αναφέρεται στο τελευταίο απόκομμα πληρωμής.

ΑΜΚΑ, ΑΦΜ, ΔΟΥ: Συμπληρώνονται **υποχρεωτικά**.

Φορέας Ασφάλισης: Συμπληρώνεται **υποχρεωτικά** ο ασφαλιστικός φορέας του αιτούντα. Αν ο αιτών είναι ανασφάλιστος το πεδίο δε συμπληρώνεται.

Αριθμός Μητρώου Φορέα: Συμπληρώνεται **υποχρεωτικά** ,αν ο αιτών δεν είναι ανασφάλιστος.

Επώνυμο, Όνομα, Πατρώνυμο, Μητρώνυμο, Ημ/νία γέννησης, Αρ. Ταυτότητας ή Διαβατηρίου, Ημ/νία Έκδοσης, Εκδούσα Αρχή, Υπηκοότητα: Συμπληρώνονται **υποχρεωτικά**.

Τηλέφωνο και Κινητό: Συμπληρώνονται **υποχρεωτικά**.

Δ/νση Κατοικίας

Οδός, Αριθ., Πόλη, ΤΚ: Συμπληρώνονται **υποχρεωτικά** τα στοιχεία κατοικίας του εξεταζόμενου προσώπου.

ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ (κατ'οίκον): Συμπληρώνεται **ΝΑΙ** εφόσον το περιστατικό απαιτεί εξέταση κατ'οίκον.

ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΞΕΤΑΣΗΣ: Αν το περιστατικό απαιτεί εξέταση κατ'οίκον συμπληρώνεται **υποχρεωτικά** η περιοχή εξέτασης και αναλυτικά η διεύθυνση εξέτασης που βρίσκεται το κατ'οίκον περιστατικό καθώς και η ονομασία του Νοσοκομείου ή του Ιδρύματος αν νοσηλεύεται.

ΚΕ.Π.Α(2): Συμπληρώνεται το σημείο ΚΕ.Π.Α. της περιοχής που υπάγεται το κατ'οίκον περιστατικό. **(συμπληρώνεται από την υπηρεσία).**

Τα υπόλοιπα πεδία συμπληρώνονται σύμφωνα με τα οριζόμενα υποχρεωτικά

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ

Συμπληρώνονται τα πεδία με τα στοιχεία του νομίμου Εκπροσώπου εφόσον η κατάθεση της αίτησης γίνεται μέσω αυτού.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΑΙΤΗΜΑΤΩΝ

Α.ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ (ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ)

- 001 ΣΥΝΤΑΞΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- 009 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- 038 ΣΥΝΤΑΞΗ ΓΗΡΑΤΟΣ (ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ)
- 039 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΓΗΡΑΤΟΣ (ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ)
- 040 ΣΥΝΤΑΞΗ ΘΑΝΑΤΟΥ
- 041 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΘΑΝΑΤΟΥ
- 006 ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΠΟΛΥΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- 011 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΕΠΙΔΟΜ. ΑΠΟΛ. ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- 007 ΕΠΙΔΟΜΑ ΠΑΡΑΤΕΤΡΑΠΛΗΓΙΑΣ
- 008 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΕΠΙΔ. ΠΑΡΑΤΕΤΡΑΠΛΗΓΙΑΣ
- 002 ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΕΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
- 012 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΕΠΙΔ. ΑΕΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
- 015 ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΥ ΕΠΙΤΡΟΠΟΥ (ΕΚΗ)
- 016 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΕΠΙΤΡ. ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΥ ΕΠΙΤΡΟΠΟΥ (ΕΚΗ)
- 036 ΠΡΟΣΑΥΞΗΣΗ ΜΕΛΟΥΣ
- 037 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΠΡΟΣΑΥΞΗΣΗΣ ΜΕΛΟΥΣ

Β.ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ (ΠΡΟΝΟΙΑ)

- 026 ΕΠΙΔΟΜΑ ΧΑΝΣΕΝΙΚΩΝ
- 027 ΕΠΙΔΟΜΑ ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ
- 028 ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΝΑΣΦΑΛ. ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΚΩΝ
- 029 ΕΠΙΔΟΜΑ ΤΥΦΛΟΤΗΤΑΣ
- 030 ΕΠΙΔΟΜΑ ΚΩΦΑΛΛΩΝ
- 031 ΕΠΙΔΟΜΑ ΣΠΑΣΤΙΚΩΝ

032 ΕΠΙΔΟΜΑ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ
033 ΕΠΙΔΟΜΑ ΚΙΝΗΣΗΣ
034 ΟΙΚΟΝ. ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΑΜΕΑ Β. ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
035 ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ
042 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΧΑΝΣΕΝΙΚΩΝ
043 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ
044 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΚΩΝ
045 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΤΥΦΛΟΤΗΤΑΣ
046 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΚΩΦΑΛΛΩΝ
047 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΣΠΑΣΤΙΚΩΝ
048 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ
049 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
050 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΟΙΚΟΝ. ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΑΜΕΑ Β. ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
051 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ

Γ.ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ (ΛΟΙΠΑ ΑΙΤΗΜΑΤΑ)

004 ΑΙΤΗΜΑ ΓΙΑ ΕΦΟΡΙΑ
013 ΑΙΤΗΜΑ ΓΙΑ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ
014 ΑΙΤΗΜΑ ΓΙΑ ΑΤΕΛΕΙΑ ΑΥΤΟΚ/ΤΟΥΔΕΛΤΙΟ ΣΤΑΘΕΥΣΗΣ κ.λ.π.
017 ΧΡΗΣΗ ΣΕ ΔΕΚΟ
018 ΛΟΙΠΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ:ΓΙΑ ΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΤΗΣ Α .ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ
ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΦΟΡΕΑ,
ΕΝΩ ΓΙΑ ΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΤΩΝ Β,Γ ΚΑΤΗΓΟΡΙΩΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΠΑΡΑΒΟΛΟ
ΑΞΙΑΣ 46,14 ΕΥΡΩ.**

ΣΗΜΕΙΑ ΚΕ.Π.Α. ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ (ΔΥ)		ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ (ΔΥ)	
ΣΗΜΕΙΑ ΚΕΠΑ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΣΗΜΕΙΑ ΚΕΠΑ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ	ΕΠΙΜΕΝΙΔΟΥ 12	ΚΟΡΩΠΙΟΥ	ΚΥΠΡΟΥ 62
ΑΓΡΙΝΙΟ	Ε.Ο. ΑΓΡΙΝΙΟΥ-ΑΝΤΙΡΡΙΟΥ 47	ΚΩ*	ΠΛΑΤΑΝΙ
ΑΘΗΝΩΝ	ΠΕΙΡΑΙΩΣ 181	ΛΑΜΙΑ	ΘΕΡΜΟΠΥΛΩΝ 72
ΑΛΕΞ/ΠΟΛΗΣ	ΑΝΑΤ. ΘΡΑΚΗΣ 58	ΛΑΡΙΣΑΣ	ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ 29 & ΠΑΤΡΟΚΛΟΥ 22
ΑΛΕΞΑΝΔΡΑΣ	ΠΑΝΟΡΜΟΥ ΚΑΙ ΚΑΡΥΣΤΟΥ 7	ΛΕΡΟΥ*	ΛΑΚΚΙ
ΑΜΑΡΟΥΣΙΟΥ	ΧΑΤΖΗΑΝΤΩΝΙΟΥ 15	ΜΥΡΙΝΑΣ ΛΗΜΝΟΥ*	ΜΗΤΡΟΠΟΛΕΩΣ 8
ΑΡΓΟΣΤΟΛΙΟΥ*	Λ. ΒΕΡΓΩΤΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΝΩΡΟΣ	ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ	ΠΛ. ΜΑΡΤΥΡΩΝ
ΑΡΤΑΣ	ΠΕΡΙΦ/ΚΗ ΟΔΟΣ & ΚΑΡΑΟΛΗ 1	ΝΑΞΟΥ*	ΝΑΞΟΣ
ΒΕΡΟΙΑΣ	ΕΜΜ. ΠΑΠΠΑ 22	ΝΕΑΣ ΦΙΛΑΔ/ΕΙΑΣ	ΜΗΔΕΙΑΣ 10
ΒΟΛΟΣ	ΘΡΑΚΩΝ 20 & ΚΟΥΝΤΟΥΡΙΩΤΟΥ	ΝΙΚΑΙΑΣ	ΚΑΥΚΑΣΟΥ 37 & ΑΝΤΙΓΟΝΗΣ 7
ΓΛΥΦΑΔΑΣ	ΒΑΣΙΛΕΩΣ ΓΕΩΡΓΙΟΥ 45Α	ΞΑΝΘΗΣ	ΑΝΔΡ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ 1
ΔΡΑΜΑΣ	ΑΓΑΜΕΜΝΟΝΟΣ 2	ΠΑΤΗΣΙΩΝ	ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ 12-14
ΕΔΕΣΣΑΣ	ΦΛΩΡΙΝΑΣ 2	ΠΑΤΡΩΝ ΑΓ. ΑΛΕΞΙΟΥ	ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ 14
ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	ΚΕΛΕΟΥ & ΜΙΑΟΥΛΗ	ΠΕΙΡΑΙΑ	ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ 3 ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΝΤΙΣΤΑΣΕΩΣ 1
ΕΡΜΟΥΠΟΛΗΣ (ΣΥΡΟΥ)	ΝΙΚ. ΜΑΝΔΗΛΑΡΑ 1	ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ	ΒΑΣ. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ 105 & ΑΓΡΑΦΙΩΤΟΥ 2
ΖΑΚΥΝΘΟΣ	ΦΩΣΚΟΛΟΥ 83	ΠΕΡΙΦ. ΥΠΟΚ/ΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΟΥΣ 15-17
ΗΓΟΥΜΕΝΙΤΣΑΣ	ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ ΛΑΔΟΧΩΡΙΟΥ	ΠΟΛΥΓΥΡΟΣ	ΣΤΡΑΤΗ ΜΥΡΙΒΗΛΗ 4
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	3ο ΧΛΜ ΕΘΝΙΚΗΣ ΟΔΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ-ΜΟΙΡΩΝ, ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΣΤΑΥΡΩΜΕΝΟΣ	ΠΡΕΒΕΖΑΣ	ΣΕΛΕΥΚΕΙΑΣ 9
ΘΗΒΑΣ	ΚΑΔΜΟΥ 47	ΠΥΛΗΣ ΑΞΙΟΥ	ΠΟΛΥΤΕΧΝΕΙΟΥ 1
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	Π. ΜΕΛΑ 34	ΠΥΡΓΟΣ	ΜΥΣΤΡΑ 7
ΚΑΒΑΛΑΣ	ΦΙΛΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ 6	ΡΕΘΥΜΝΟΥ	ΚΟΝΔΥΛΑΚΗ 89
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	ΦΙΛΕΛΛΗΝΩΝ 38	ΡΟΔΟΥ	3ο ΧΙΛ. ΕΘ. ΟΔΟΥ ΡΟΔΟΥ ΛΙΝΔΟΥ
ΚΑΛΛΙΘΕΑΣ	ΓΡΥΠΑΡΗ 147	ΣΑΜΟΣ	ΚΑΛΟΜΟΙΡΗ ΚΑΙ ΣΤΑΜΑΤΙΑΔΗ
ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	ΙΕΖΕΚΙΗΛ 38Α	ΣΕΡΡΩΝ	ΠΡΙΓΚ. ΧΡΙΣΤΟΦΟΡΟΥ 25
ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	ΚΑΠΕΤΑΝ ΚΩΤΤΑ 2	ΣΠΑΡΤΗΣ	ΓΚΟΡΤΣΟΛΟΓΟΥ 137 & ΘΕΡΜΟΠΥΛΩΝ
ΚΑΤΕΡΙΝΗ	Π. ΚΑΝΕΛΟΠΟΥΛΟΥ 1	ΤΡΙΚΑΛΑ	ΟΜΗΡΟΥ 13
ΚΕΡΚΥΡΑΣ	9η ΠΑΡΟΔΟΣ ΘΕΟΤΟΚΗ	ΤΡΙΠΟΛΗΣ	2ο ΧΛΜ ΕΘΝΙΚΗΣ ΟΔΟΥ ΤΡΙΠΟΛΕΩΣ - ΣΠΑΡΤΗΣ
ΚΙΛΚΙΣ	ΓΙΑΛΑΜΙΔΗ 3	ΧΑΛΚΙΔΑ	ΠΛΑΤΕΙΑ ΑΓ. ΒΑΡΒΑΡΑΣ
ΚΟΖΑΝΗ	ΕΡΜΟΥ & ΛΙΟΥΦΗ	ΧΑΝΙΩΝ	ΛΕΩΦΟΡΟΣ ΚΩΝ. ΚΑΡΑΜΑΝΛΗ 99 (ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΛΙΚΑΣ)
ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ	ΥΨΗΛΑΝΤΟΥ 2	ΧΙΟΥ	ΛΕΤΣΑΙΝΗΣ&ΑΓ.ΕΙΡΗΝΗΣ
ΚΟΡΙΝΘΟΥ	ΚΥΠΡΟΥ 21Α		

*: Σ' αυτό το σημείο ΚΕΠΑ γίνεται μόνο παραλαβή αιτήσεων.

Χρήσιμα link:www.ika.gr